

Сиваков В.П.,¹ Новикова Л.Г.²УО «Витебский государственный медицинский университет»¹УЗ «Витебская городская клиническая поликлиника № 3»²

Введение. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы одну из лидирующих позиций по распространённости занимает артериальная гипертензия (АГ) [1]. Одним из осложнений АГ является развитие инсульта, данная патология является важной медико-социальной проблемой, так как связана с большими затратами на лечение и реабилитацию пациентов [2].

Цель исследования. Изучить факторы риска развития инсульта у лиц с АГ.

Материал и методы. Были проанализированы данные 1742 пациентов, которые по результатам исследования были распределены на две группы: первая группа составила 1451 человека с АГ без инсульта (возраст $52,0 \pm 9,8$ лет), вторая – 291 человек с развившимся инсультом ($56,1 \pm 6,9$ года).

Пациенты наблюдались в амбулаторных условиях в «ВГКП № 3». Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, анализировались данные анамнеза, проводилась ЭхоКГ, измерялась толщина КИМ, рассчитывалась СКФ, определялся уровень общего холестерина и мочевой кислоты в крови.

Результаты и обсуждение. Данные исследования факторов риска представлены в таблице 1.

Таблица 1. Факторы риска в исследуемых группах

Показатель	Группа		Р
	Без инсульта	Инсульт	
Возраст, лет	$52,0 \pm 9,8$	$56,1 \pm 6,9$	$<0,001$
Возраст установления АГ, лет	$46,8 \pm 8,2$	$47,3 \pm 6,8$	$>0,05$
Пол, ж/м	747/704 (51,5 %/48,5 %)	106/185 (34,4 %/65,6 %)*	$<0,001$
ИМТ, кг/м ²	$29,0 \pm 4,6$	$29,1 \pm 4,8$	$>0,05$
Общий холестерин, 187ммоль/л	$5,94 \pm 1,18$	$5,98 \pm 1,22$	$>0,05$
MDRD, мл/мин/1,73 м ²	$75,0 \pm 19,1$	$72,2 \pm 19,5$	$<0,05$
Мочевая кислота, 187ммоль/л	$0,332 \pm 0,099$	$0,366 \pm 0,121$	$<0,01$
КИМ, мм	$1,208 \pm 0,246$	$1,340 \pm 0,120$	$<0,01$
САД, мм рт. ст.	$149,33 \pm 17,52$	$158,80 \pm 19,78$	$<0,001$
ДАД, мм рт. ст.	$89,74 \pm 9,50$	$93,71 \pm 10,49$	$<0,001$
ПАД, мм рт. ст.	$59,53 \pm 12,99$	$65,05 \pm 13,98$	$<0,001$
ЧСС, уд. в мин.	$75,91 \pm 8,12$	$76,03 \pm 8,21$	$>0,05$
Наличие СД 2 типа	353 (24,3 %)	84 (28,9 %)	$<0,05$
ИБС в анамнезе	555 (38,4 %)	146 (50,2 %)	$<0,001$
Пароксизмы ФП в анамнезе	193 (13,3 %)	80 (27,8 %)	$<0,001$
Отсутствие приверженности к лечению	284 (24,3 %)	85 (29,2 %)	$<0,05$
Кризисное течение АГ	501 (34,6 %)	200 (68,7 %)	$<0,001$
ГМЛЖ	790 (55,6 %)	220 (77,2 %)	$<0,001$
ДДЛЖ	760 (64,0 %)	182 (79,5 %)	$<0,001$

Данные представлены как Mean \pm SD

Как видно из представленной таблицы возраст у лиц с инсультом был достоверно выше, у мужчин инсульт развивался на 31,2 % чаще, чем у женщин, также у лиц с развившимся инсультом СКФ (MDRD) была достоверно ниже, уровень мочевой кислоты был выше. У лиц с развившимся инсультом отмечались более высокие цифры САД, ДАД и ПАД, и достоверно большая толщина КИМ.

Кроме того, в группе пациентов с развившимся инсультом достоверно чаще встречались СД 2 типа, ИБС, пароксизмы ФП, кризовое течение АГ, ГМЛЖ и его диастолическая дисфункция. В данной группе выявлена большая распространённость отсутствия приверженности к лечению.

Для выявления наиболее значимых факторов в развитии инсульта у пациентов с АГ была построена логистическая регрессионная модель.

Таблица 2. Результаты построения логистической регрессионной модели

Показатель	Estimate	-95%CL	+95%CL	SE	Wald's	P
B_0	-3,884	-4,923	-2,845	$\pm 0,530$	53,726	<0,001
Возраст	0,094	0,068	0,121	$\pm 0,013$	50,099	<0,001
Кризовое течение АГ	1,138	0,849	1,427	$\pm 0,147$	59,563	<0,001
ФП	0,413	0,151	0,676	$\pm 0,134$	9,559	<0,01
Отсутствие приверженности к лечению	-0,813	-1,144	-0,483	$\pm 0,168$	23,285	<0,001
Возраст установления АГ	-0,068	-0,097	-0,040	$\pm 0,015$	21,908	<0,001
ГМЛЖ	0,467	0,144	0,791	$\pm 0,165$	8,023	<0,01

где дихотомические переменные: кризовое течение: 0 – не кризовое, 1 – кризовое; отсутствие приверженности к лечению: 0 – отсутствие, 1 – наличие; наличие ГМЛЖ: 0 – нет ГМЛЖ, 1 – есть ГМЛЖ; ФП: 0 – нет, 1 – пароксизмы ФП.

Выводы.

1. Наиболее значимыми факторами развития инсульта у пациентов с АГ являются: возраст, кризовое течение АГ, пароксизмы ФП в анамнезе, отсутствие приверженности к лечению, более ранний возраст установления АГ, наличие гипертрофии миокарда левого желудочка.

2. Данные проведенного исследования необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

Литература:

1. Новые европейские рекомендации по артериальной гипертензии 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rgnks.ru/new-novye-evropejskie-rekomendatsii-po-arterialnoj-gipertonii-2018-goda>. – Дата доступа: 21.11.18.
2. Thomopoulos, C. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels – updated overview and meta-analyses of randomized trials / C. Thomopoulos, G. Parati, A. Zanchetti // J. Hypertension. – 2016. – Vol. 34, № 4 – P. 613–622. doi: 10.1097/HJH.0000000000000881